

Cervicogene hoofdpijn

Promotie van J.A. van Suijlekom

Samenvatting

Op 23 mei 2001 promoveerde Drs. J.A. van Suijlekom op zijn promotie-onderzoek getiteld: 'Cervicogenic Headache' aan de Universiteit van Maastricht onder promotor Prof. Dr. M.E. Durieux en co-promotoren Dr. M. van Kleef en Dr. W.E.J. Weber. Hieronder volgt een samenvatting van de voornaamste bevindingen en conclusies uit zijn onderzoek.

(*Ned Tijdschr Neurol* 2001;5:406-407)

Inleiding

In 1983 werd door Sjaastad en medewerkers na een uitgebreide studie het concept van cervicogene hoofdpijn (CEH) geïntroduceerd. CEH is een klinisch gedefinieerd hoofdpijn syndroom voortkomend uit cervicale nociceptieve structuren. In 1990 zijn door deze groep diagnostische criteria geformuleerd welke zijn gepubliceerd in *Headache*. In 1998 zijn deze criteria bijgesteld. Volgens deze criteria is CEH in principe een unilaterale hoofdpijn, hoewel deze ook bilateraal kan voorkomen (unilateraliteit aan beide zijden). De pijn start gewoonlijk in de nek of in het occipitale gebied en straalt uit naar het ipsilaterale fronto-temporale gebied en mogelijk tot boven het oog. De hoofdpijn kan in aanvallen komen, variërend in duur van enige uren tot enkele dagen. De duur van de aanval is onvoorspelbaar. Symptomen die betrokkenheid van de cervicale wervelkolom suggereren zijn essentieel, zoals een bewegingsbeperking van de nek en/of provocatie van de hoofdpijn klachten door mechanische prikkels of nekbewegingen. Migraine-achtige symptomen, zoals misselijkheid, braken, foto- en fonofobie kunnen aanwezig zijn, doch zijn meestal mild van aard. Positieve respons op een diagnostische blokkade met een lokaal anestheticum is essentieel voor de diagnose CEH. Binnen de neurologische beroeps-groep is het concept van CEH nog controversieel. In dit proefschrift worden de resultaten beschreven van verschillende studies met als doel het concept van CEH op een wetenschappelijke manier nader te onderbouwen.

De interobservator betrouwbaarheid van de diagnostische criteria voor CEH

Het eerste deel van het proefschrift bestaat uit 2 studies die de interobservator betrouwbaarheid beoordelen voor het vaststellen van de diagnose CEH. Een *in vivo* studie werd uitgevoerd bij patiënten met migraine zonder aura óf spanningshoofdpijn óf CEH. De opzet van de *in vivo* studie was om 24 hoofdpijn patiënten, gedurende 4 sessies, te laten onderzoeken door 6 artsen (2 'expert' hoofdpijn neurologen, 2 algemeen neurologen, 1 anesthesioloog/pijnbestrijder en 1 'expert' anesthesioloog / pijnbestrijder) en wel op een manier die de dagelijkse klinische praktijk benadert. Tijdens een sessie nam iedere arts bij 6 patiënten achtereenvolgens een anamnese af met behulp van een semi-gestructureerde vragenlijst en voerde hierna op een gestandaardiseerde wijze een lichamenlijk onderzoek uit van de cervicale wervelkolom en de occipitale regio. De diagnose werd gesteld overeenkomstig de hiervoor geldende criteria van de International Headache Society (IHS) voor migraine en spanningshoofdpijn en de criteria volgens Sjaastad et al. voor CEH. Als maat voor de interobservator betrouwbaarheid werd gebruik gemaakt van de statistische variabele 'Kappa'. De gevonden kappa-waarden staan vermeld in *Tabel 1*. De resultaten van deze studie tonen aan dat de betrouwbaarheid voor het diagnostiseren van CEH, indien de criteria juist worden toegepast, gelijk is aan de betrouwbaarheid voor het diagnostiseren van migraine en spanningshoofdpijn.

Voor het stellen van de diagnose CEH is het verrichten van een lichamenlijk onderzoek van de nek en de occipitale regio essentieel. Gezien de diagnostische relevantie hiervan bij CEH is het belangrijk dat de betrouwbaarheid van dit onderzoek acceptabel is. Onze studie toont aan dat de interobservator betrouwbaarheid bevredigend is in de meerderheid van de testen bij patiënten met verschillende soorten hoofdpijn. Echter, het is aan te bevelen om een verdergaande standaardisatie te ontwikkelen van deze klinische testen bij patiënten met hoofdpijn om hun betrouwbaarheid te vergroten.

Kwaliteit van leven

Het tweede deel van het proefschrift gaat over de 'kwaliteit van leven' bij patiënten met CEH, de waarde van proefblokkades en de effectiviteit van een behandeling door middel van radiofrequente

Tabel 1. Kappawaarden voor de interobservator betrouwbaarheid.

Observator	1 (N+)	2(N+)	3(N)	4(A)	5(A+)
1(N+)					
2(N+)	0,83				
3(N)	0,43	0,43			
4(A)	0,50	0,49	0,62		
5(A+)	0,74	0,73	0,56	0,55	

(N+) = 'expert' hoofdpijn neuroloog, (N) = algemeen neuroloog, (A) = anesthesioloog/pijnbestrijder, (A+) = 'expert' anesthesioloog/pijnbestrijder

laesies. De 'kwaliteit van leven' werd gemeten bij patiënten met CEH, met behulp van de SF-36 vragenlijst, en werd vergeleken met die van een groep gezonde Nederlanders én met patiënten met migraine zonder aura of spanningshoofdpijn. Uit deze studie blijkt dat CEH patiënten een significant verlaagde kwaliteit van leven rapporteren in vergelijking met gezonde Nederlanders. Deze beperkingen zijn globaal vergelijkbaar met die van migraine en spanningshoofdpijn, hoewel het domein 'fysiek functioneren' significant verschillend was bij CEH ten opzichte van migraine en spanningshoofdpijn. Uit deze studie blijkt ook dat de SF-36 vragenlijst gebruikt kan worden als een (primaire) uitkomstmaat voor klinisch onderzoek bij patiënten met CEH.

Cervicale facet denervatie door radiofrequente laesies bij cervicogene hoofdpijn

Deze prospectieve, niet gecontroleerde studie beschrijft de effectiviteit van de cervicale facet blokkade door radiofrequente (RF) laesies bij patiënten met CEH. Van alle mogelijke cervicale anatomische structuren zijn de cervicale facet gewrichten waarschijnlijk de meest toegankelijke 'targets' voor invasieve behandeling met RF laesies. Alle 15 patiënten werden gediagnostiseerd door een neuroloog volgens de criteria van Sjaastad *et al.* Bij lichamelijk onderzoek waren de facet gewrichten pijnlijk aan de zijde van de hoofdpijn. De resultaten van deze studie tonen dat RF laesies van de cervicale facet gewrichten de hoofdpijnklachten beduidend doen verminderen bij 12 patiënten (80%), gedurende de korte termijn vervolperiode (8 weken) en tussentijdse vervolperiode (gemiddeld 8,8 maanden),

respectievelijk bij 9 patiënten (60%) gedurende de lange termijn vervolperiode (gemiddeld 16,8 maanden). Dit effect werd gemeten met behulp van een 7-punts 'Verbal Rating Scale' (VRS). De gemiddelde daling op de 'Visual Analogue Scale' (VAS) bedroeg 31,4 mm ($p < 0,001$), 54,3 mm ($p < 0,001$) en 53,5 mm ($p < 0,001$) in de respectievelijke follow-up periodes. Andere parameters zoals het aantal hoofdpijndagen per week en de analgetische consumptie toonden ook een significante reductie gedurende de tussentijdse vervolperiode en de lange termijn vervolperiode. Gedurende deze studie werd een tendens zichtbaar dat sommige parameters, tijdens de lange termijn vervolperiode, langzaam verslechterden. Een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) hiernaar is gestart.

Conclusie

Dit proefschrift toont aan dat het diagnostisch concept van CEH, zoals voorgesteld door Sjaastad en medewerkers, beschouwd kan worden als een gevalideerd klinisch concept.

Correspondentie-adres promovendus:

Dr. J.A. van Suijlekom, anesthesioloog
Catharina Ziekenhuis
Afdeling Anesthesiologie
Postbus 1350
5602 ZA Eindhoven